

SCHWANNOMA NA BORDA LATERAL DE LÍNGUA: RELATO DE CASO.

Gustavo Bóia Cavalcante¹

Vinícius Araujo Feitoza²

Paulo Almeida Júnior³

Odontologia



cadernos de
graduação

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

Schwannomas ou neurilemomas representam tumores benignos incomuns, de crescimento lento. Usualmente são solitários e encapsulados, localizados na base da língua. Originam-se das células de Schwann da bainha do nervo periférico, respondendo por somente 1% dos tumores benignos da orofaringe e cavidade oral. O objetivo deste estudo é descrever um caso, discutindo seus aspectos clínicos, diagnóstico diferencial, características histopatológicas e tratamento, correlacionando-os com os achados descritos na literatura. Paciente do sexo feminino, melanoderma, 62 anos de idade, compareceu em uma instituição de ensino público, apresentando lesão nodular, endurecida, em borda de língua, recoberta por mucosa levemente avermelhada, medindo 1,9cm. A lesão era assintomática e com um tempo de evolução de 24 meses. Sob a suspeita clínica de Fibroma, foi preconizado por realizar uma biópsia excisional, para realização de exame anatomopatológico, obtendo o diagnóstico de schwannoma benigno. Após 12 meses de acompanhamento não há sinais de recidiva.

PALAVRAS-CHAVE

Schwannoma. Células do Neurilema. Neurilemoma.

ABSTRACT

Schwannomas or neurilemmomas represent unusual benign, slow-growing. Are usually solitary and encapsulated, located at the base of the tongue. They originate from Schwann cells of peripheral nerve sheath tumor, accounting for only 1% of benign tumors of the oropharynx and oral cavity. The objective of this present study is to describe a case, discussing its clinical aspects, differential diagnosis, histopathological characteristics and treatment, correlating them with the findings described in the literature. Old female, African, age 62, appeared in a public educational institution, with a nodular, hard, on edge of tongue, mucosa covered with slightly red, measuring 1.9 cm. The lesion was asymptomatic and with a time course of 24 months. Under the clinical suspicion of Fibroma, was recommended for performing a biopsy, to perform pathological examination, obtaining a diagnosis of benign schwannoma. After 12 months of follow-up no signs of recurrence.

KEYWORDS

Schwannoma; Neurilema cells; Neurilemoma

1 INTRODUÇÃO

Existem dois tipos de tumores de bainhas nervosas dos nervos periféricos: neurofibroma que são originados de uma mistura de tipos celulares, incluindo células de schwann e fibroblastos (ABREU *et al.*, 2017) e o schwannoma também referido como neurilemoma ou neurinoma, é uma neoplasia benigna rara, de crescimento lento, encapsulado, geralmente solitários, que se originam das células de Schwann (ABREU *et al.*, 2017; SITENGA *et al.*, 2017; KANDASAMY *et al.*, 2017; FARIÑAS *et al.*, 2016; SHARMA *et al.*, 2016; SITENGA *et al.*, 2016; BADAR *et al.*, 2016; LIRA *et al.*, 2013) da bainha neural dos nervos periférico, craniano (exceto ótico e olfativo), espinal e autônomo.

As células de Schwann formam um contorno fino em torno de cada fibra do nervo extracraniano e envolvem fibras maiores com uma membrana isolante, bainha de mielina, para aumentar a condução nervosa (BADAR *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014; BADILA *et al.*, 2013).

Abreu e outros autores (2017) relataram que a neoplasia pode ocorrer sozinha ou como parte de doenças geneticamente herdadas: neurofibromatose tipo 1 (gene NF1) ou tipo 2 (gene NF2) e schwannomatose. O gene NF2 funciona como um supressor de tumor e um regulador de células de Schwann, que inclui os nervos citados anteriormente. Na língua, a identificação do nervo originário pode ser difícil (hipoglosso, glossofaringeo e lingual) dada a proximidade deles (ABREU *et al.*, 2017; SHARMA *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014).

Os Schwannomas de língua ocorrem, mais comumente, entre a terceira e sexta décadas de vida e não apresentam predileção de gênero (BHOLA *et al.*, 2014; BADILA *et al.*, 2013; LIRA *et al.*, 2013).

Embora a etiologia ainda seja desconhecida, existem algumas hipóteses, dentre elas: crescimento espontâneo, lesão externa, irritação crônica ou exposição à radiação (SITENGA *et al.*, 2017; BHOLA *et al.*, 2014).

O Schwannoma acomete aproximadamente 25 a 48% na região da cabeça e pescoço, já na cavidade oral pouco mais de 1% (SITENGA *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; ABREU *et al.*, 2017; FARIÑAS *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014; LIRA *et al.*, 2013; BADILA *et al.*, 2013; RALLIS *et al.*, 2013; TRIGUERO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2012).

É identificado como uma massa tumoral isolada ou múltipla quando associados à doença de Von Recklinghausen, é recoberta por mucosa normal. De acordo com Sitenga e outros autores (2017) a sintomatologia dolorosa não está presente na maioria dos casos, exceto quando o tumor já alcançou grandes proporções, pressionando assim estruturas nervosas, a depender da localização do tumor o paciente pode apresentar alguns sintomas que incluem, parestesia, dispneia, disfagia e disartria.

Do ponto de vista imaginológico, a ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada são exames complementares de suma importância para auxílio do diagnóstico. Comparando esses dois exames, a RM tem o melhor contraste de tecido que permite uma localização mais precisa e uma melhor visualização das relações com outras estruturas, bem como uma medida mais precisa do tamanho do tumor (ABREU *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; SHARMA *et al.*, 2016).

Essa lesão não faz parte, geralmente, da hipótese diagnósticas de lesões acometidas na língua, que inclui carcinoma de células escamosas, sarcoma, tumor de células granulares, tumor de glândulas salivares, fibroma (BHOLA *et al.*, 2014; BADILA *et al.*, 2013; TRIGUERO *et al.*, 2012).

Histologicamente apresentam-se com dois padrões microscópicos em quantidades variáveis: padrão Antoni A que é caracterizado por fascículos paralelos de células de Schwann fusiformes. Estas células geralmente formam um arranjo em palçada ao redor de uma área acelular eosinofílica central, conhecida como corpos de Verocay. Os corpos de Verocay consistem em membrana basal reduplicada e processos citoplasmáticos.

O padrão Antoni B é menos celular é menos organizado, as células fusiformes são amplamente separadas, dispersas de maneira solta e aleatória como uma rede de delicadas fibras reticuladas. Uma característica típica de um schwannoma é a distribuição de palisamento nuclear. As células tumorais irão mostrar uma positividade imunoistoquímica para a proteína S-100 (SITENGA *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; NEVILLE *et al.*, 2016; SHARMA *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014; LIRA *et al.*, 2013).

Quanto ao tratamento, a excisão cirúrgica completa é a abordagem mais utilizada para o tratamento da grande maioria desses tumores (SITENGA *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; SHARMA *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014; LIRA *et al.*, 2013; BADILA *et al.*, 2013; TRIGUERO *et al.*, 2012). A taxa de recorrência é muito baixa e a transformação maligna é muito rara (ABREU *et al.*, 2017; SITENGA *et al.*, 2017; SHARMA *et al.*, 2016).

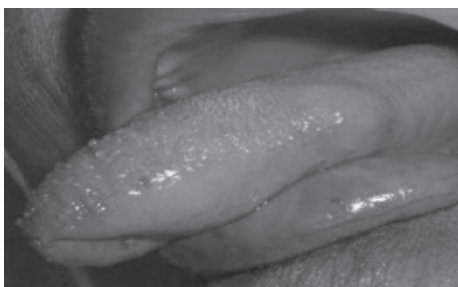
O objetivo deste estudo é descrever um caso de Schwannoma em língua, discutindo seus aspectos clínicos, diagnóstico diferencial, características histopatológicas e tratamento correlacionando-os com os achados descritos na literatura.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 62 anos, compareceu em uma instituição de ensino, com a queixa de aumento de volume durante 24 meses em borda lateral esquerda da língua. Quanto a história médica não relatou nenhuma patologia de base.

O exame físico intra-oral demonstrou que havia uma lesão coberta por uma mucosa íntegra ligeiramente avermelhada, de consistência firme à palpação, imóvel e sem sintomatologia dolorosa (FIGURA 1).

Figura 1 – Exame físico intra-oral mostra lesão tumoral de forma irregular e superfície levemente lobulada



Fonte: Caso clínico pesquisado

Sob suspeita clínica de fibroma, foi preconizado a realização da biópsia excisional, deste modo foi feita a medicação pré-operatória por meio da ingestão de 2 cápsulas de Amoxicilina de 500mg 1 hora antes do procedimento cirúrgico.

Durante o procedimento, foi feito a antisepsia intraoral com digluconato de clorexidina 0,12% e extraoral com povidine antisséptico tópico, em seguida, aposição dos campos cirúrgicos estéreis. Logo após foi realizado anestesia infiltrativa local ao redor da lesão administrado 2 tubetes de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000, realizando-se uma incisão retilínea a nível de mucosa no bordo lateral da língua, seguido da divulsão e dissecação dos bordos, fazendo deste modo, a enucleação da lesão (FIGURA 2).

Figura 2 – Realização de excisão cirúrgica completa, biópsia excisional



Fonte: caso clínico pesquisado

Verificou-se que está apresentava um aspecto nodular, coloração amarelada, encapsulada, não sangrante, medindo aproximadamente 1,9cm em seu maior diâmetro (FIGURA 3).

Figura 3 – Lesão medida aproximadamente 1,9cm em seu maior diâmetro



Fonte: caso clínico pesquisado

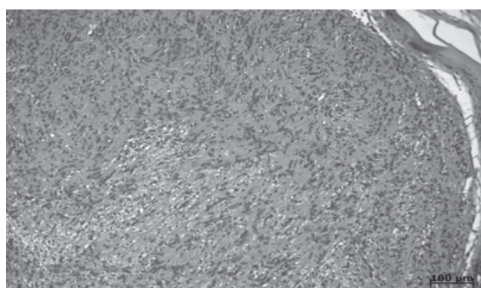
Logo após o tecido foi reposicionado e suturado com fio de nylon 5-0. A peça foi acondicionada em formol 10% e encaminhada para exame anatomopatológico.

No pós-operatório imediato a paciente foi medicada com Amoxicilina de 500mg de 8 em 8 horas durante 7 dias, Cetoprofeno de 100mg de 12 em 12 horas durante 3 dias e Dipirona sódica de 500mg de 6 em 6 horas durante 2 dias e após caso houvesse dor.

A paciente foi avaliada depois de 7 dias do ato cirúrgico para remoção da sutura e avaliação se houve alguma intercorrência durante esse período e marcado para retorno mensalmente, evoluindo sem intercorrência e não houve recidiva nos últimos 12 meses pós-cirúrgico.

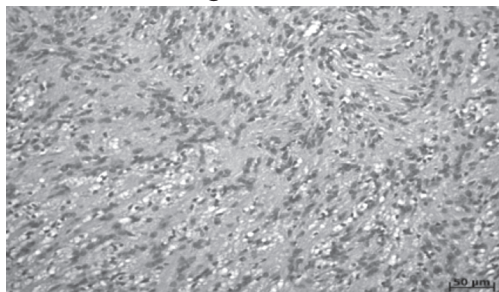
O resultado do exame histopatológico revelou que se trata de Schwannoma benigno bem encapsulado, composto por proliferação marcante de células, muitas vezes em lóbulos, ora com padrão Antoni A, com a presença de corpos de Verocay pouco desenvolvidos, cuja células encontravam-se muitas vezes alinhadas; ora com padrão Antoni B representado por células com microvacúolos exibindo núcleos hipercrômicos e muitas vezes embaçadas. Alterações mixóides também eram vistas (FIGURAS 4; 5).

Figura 4 – Exame histológico da lesão no aumento de 100x



Fonte: caso clínico pesquisado

Figura 5 – Exame histológico da lesão no aumento de 50x



Fonte: caso clínico pesquisado

3 DISCUSSÃO

De acordo com a literatura pesquisada, nesta lesão, não há predileção por gênero (ABREU *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; KANDASAMY *et al.*, 2017; FARIÑAS *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014; BADILLA *et al.*, 2013; LIRA *et al.*, 2013; TRIGUERO *et al.*, 2012).

Já diante de outro aspecto que é a faixa etária de acometimento, os relatos são divergentes, variam da 2ª até a 6ª décadas de vida (ABREU *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; KANDASAMY *et al.*, 2017; FARIÑAS *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014; BADILLA *et al.*, 2013; LIRA *et al.*, 2013; TRIGUERO *et al.*, 2012). No presente caso, a paciente se encontrava na 7ª década de vida o que confronta com os achados na literatura.

Os tumores benignos de origem nervosa raramente acometem a cavidade bucal. Todavia os Schwannomas apresentam uma grande prevalência na língua, sendo a região anterior mais acometida, assim como encontrado no caso, em que a lesão estava localizada no bordo lateral na porção mais anterior da língua (LEE *et al.*, 2017; SITENGA *et al.*, 2017; ABREU *et al.*, 2017; LIRA *et al.*, 2013).

Os Schwannomas são caracteristicamente solitários, de crescimento lento, com aumento de volume e na maioria dos casos apresenta-se assintomático, embora em algumas situações possa ocorrer desconforto (disfagia, disartria e apnéia obstrutiva do sono) ou dor, nos casos em que o tumor invade a submucosa. A ulceração também pode ser observada nos casos em que ocorre trauma durante a ingestão de alimentos fibrosos (ABREU *et al.*, 2017). Apenas o aumento de volume e um leve desconforto foram observados no presente caso.

Histologicamente são tumores encapsulados, sendo encontrados dois padrões microscópicos em quantidades variáveis: regiões de hipocelularidade e hipercelularidade também conhecidos como padrão antoni A e antoni B respectivamente. O padrão antoni A apresenta caracteristicamente células de Schwann densamente organizadas, que formam frequentemente um arranjo paliçado em volta de uma área eosinofílica central acelular, denominada de corpúsculos de Verocay. O padrão antoni B é menos acelular e exibe certo grau de pleomorfismo celular, dentro de um estroma frouxo mixomatoso. Esses aspectos se enquadram naqueles observados neste relato (SITENGA *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; SHARMA *et al.*, 2016; NEVILLE *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014; LIRA *et al.*, 2013).

O diagnóstico diferencial clínico deve ser feito em relação a inúmeros tumores benignos do tecido epitelial, quais sejam: lipoma, leiomioma, rabdomioma, fibroma traumático, tumor de células granulares, neurofibroma e adenoma. Alteração de desenvolvimento como tireóide lingual também podem ser incluída no diagnóstico diferencial, principalmente quando a localização do tumor se encontra na língua. Quanto aos tumores malignos (sarcomas) o diagnóstico diferencial deve basear nos dados relativos à velocidade de crescimento e aspecto clínico da neoplasia fibroma (SITENGA *et al.*, 2017; LIRA *et al.*, 2017; BADAR *et al.*, 2016; NEVILLE *et al.*, 2016; SHARMA *et al.*, 2016; BHOLA *et al.*, 2014). No caso descrito, a suspeita clínica era de fibroma.

Tomografia computadorizada ou ressonância magnética podem ser úteis para avaliação pré-cirúrgica da dimensão de lesões localizadas nos tecidos moles profundos, sendo que a ressonância magnética é superior a outros diagnósticos por imagem (ABREU *et al.*, 2017; SITENGA *et al.*, 2017; SHARMA *et al.*, 2016; RALLIS *et al.*, 2015; BADILLA *et al.*, 2013). No caso relatado não foi necessário a solicitação de exames imaginológicos, por se tratar de um tumor pequeno e superficial.

Para a maioria dos autores a excisão cirúrgica intraoral completa é a abordagem mais comumente utilizada, assim como executada no caso descrito (ABREU *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; SITENGA *et al.*, 2017; SHARMA *et al.*, 2016; FARIÑAS *et al.*, 2016; RALLIS *et al.*, 2015; BHOLA *et al.*, 2014; LIRA *et al.*, 2013; BADILLA *et al.*, 2013), embora algumas outras abordagens tenham sido relatadas para produzir resultados de sucesso, como o submandibular e transcervical, que é adotado para abordar o Schwannoma base de língua (LEE *et al.*, 2017; BHOLA *et al.*, 2014; LIRA *et al.*, 2013). Mais recentemente, a excisão a laser CO2 também foi utilizada para tratar as lesões que acometeram a base da língua (SITENGA *et al.*, 2017; LEE *et al.*, 2017; BHOLA *et al.*, 2014).

4 CONCLUSÃO

Clinicamente é muito difícil se obter um diagnóstico exato, devido a vasta lesões que acometem a língua e as presentes características das lesões bastante semelhantes.

O Schwannoma por ser um tumor raro, vem sendo ultimamente bastante documentado na literatura, o que fez com que tivesse mais atenção no diagnóstico diferencial, que anteriormente apresentava-se escasso na literatura. É imprescindível a avaliação do histopatológico para o fechamento do diagnóstico.

O método padrão para o tratamento da grande maioria destes tumores é a excisão cirúrgica intraoral completa que permite a remoção deste tipo de tumor de um modo que impeça a recorrência.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. *et al.* Schwannoma of the tongue- A common tumor in a rare location: A case report. **Eur J Radiol Open**, v.4, n.1, p.1-3, fev. 2017.

BADAR, Z. *et al.* Tongue Base Schwannoma: differential diagnosis and imaging features with a case presentation. **Radiol Case Rep.** v.11, n.4, p.336-340, dec. 2016.

BADILA R, CARRASCO R, CORDERO E, PACHECO C. Schwannoma lingual em um adolescente: revisão da literatura no propósito de um caso. **Rev. Int. J. Odontostomat.**, v.7, n.2, p.4-6, Aug, 2013.

BHOLA, N. *et al.* Schwannoma of the Tongue in a Paediatric Patient: A case report on 20 year review. **Case Rep. Dent.**, v.10, n.5, p.300-304, jul. 2014.

FARINÃS, C.A.E. *et al.* Revisión sistemática del schwannoma localizado em el suelo oral. A propósito de um caso. **Rev. Esp. Cirurg Oral y Maxilofac** v.38, n.2, p.10-14, abr-jun. 2016.

KANDASAMY, S.; NATHAN, R.S.; JOHN, R.R. Neurilemmoma of Maxillary Alveolus: A rare case report and review of literature. **J. Pharm Bioallied Scien.** v.9, n.1, p.285-288, nov. 2017.

LEE, E.Y. *et al.* Schwannoma of The Tongue: a case report with review of literature. **Maxillofac Plast Reconstr Surg**, v.39, n.1, p.17, jul. 2017.

LEE, S.H. *et al.* Collet Sicard Syndrome With Hipoglossal Nerve Schwannoma. A case Report. **Ann Rehabil Med.** v.41, n.6, p.1100-1104, dec. 2017.

LIRA, R.B. *et al.* Lingual schwannoma: case report and review of the literature. **Acta Otorhinolaryngol Ital.**, v.33, n.2, p.137-140, apr. 2013.

MEDHI, J. *et al.* Management of Large Tongue Schwannoma- A Short Report. **Iran J. Otorhinolaryngol**, v.28, n.85, p.168, mar. 2016.

MUSHA, A.; OGAWA, M.; YOKOO, S. Granular Cell Tumors of the Tongue: Fibroma or Schwannoma. **Head face med.** v.14, n.1, p.7, jan. 2018.

NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016. p.529-533.

RALLIS, G. *et al.* Hemiathrophy of the Tongue Caused by an Extensive Vagus Nerve Schwannoma Masquerading as a Carotid Hemodectoma. **J Maxillofac. Oral Surg**, v.14, n.1, p.366-369, mar. 2015.

SITENGA, J.L. *et al.* Clinical Features and Surgical Treatment of Schwannoma Affecting the Base of Tongue. A Systematic Review. **Int Arch Otorhinolaryngol.** v.21, n.4, p.408-413, fev. 2017.

SHARMA, S.; RAI, G. Schwannoma (Neurilemmoma) on The Base of Tongue: A Rare Clinical Case. **Am J. Case Rep**, v.17, n.2, p.203-206, mar, 2016.

TRIGUERO, R.J.P.; HIDALGO, N.N.; COBIAN, O.G. Schwannoma lingual: presentación de um caso. **Rev Haban Cienc Méd.**, v.11, n.4, p.1-4, sep-dec. 2012.

Data do recebimento: 8 de Junho de 2018

Data da avaliação: 1 de Julho 2018

Data de aceite: 3 de Julho de 2018

1 Graduando em Odontologia, Universidade Tiradentes – UNIT.

E-mail: gugaboia1@gmail.com e palmeidajr@yahoo.com.br

2 Graduando em Odontologia, Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: vinnyfeitoza@hotmail.com

3 Professor Titular do Curso de Odontologia, Universidade Tiradentes – UNIT.

E-mail: palmeidajr@yahoo.com.br

